FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958 N°

THESE

798

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

SEJOURNE ANDRÉ

ANCIEN INTERNE des HOPITAUX du HAVRE

Né le 22 Juin 1931 à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le *1958*

A PROPOS de la THERAPEUTIQUE MEDICALE de DIX CAS

D'OSTÉOMYELITES

ET

D'OSTÉOARTHRITES STAPHYLOCOCCIQUES INFANTILES AIGUËS

PRESIDENT : Monsieur le Professeur R. TURPIN

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS XIV°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958 N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

SEJOURNE ANDRÉ

ANCIEN INTERNE des HOPITAUX du HAVRE

Né le 22 Juin 1931 à PARIS

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Présentée et soutenue publiquement le *1958*

A PROPOS de la THERAPEUTIQUE MEDICALE de DIX CAS

D'OSTÉOMYELITES

ET

D'OSTÉOARTHRITES STAPHYLOCOCCIQUES INFANTILES AIGUËS

PRESIDENT : Monsieur le Professeur R. TURPIN

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS XIV°

PROFESSEURS HONORAIRES :

BENARD (H.), BROCQ (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CARNOT (P.), CHABROL (Et.), CHAMPY (C.), CHEVASSU (M.), DEBRE (R.), DELBET (P.), DONZELOT (E.), CASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.) LAROCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.), LEVY-SOLAL (E.), LHERMITE (J.) LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHET (Ch.), SANNIE (Ch.), SEZARY (A.), TANON (L.), VELTER (E).

Doyen : ..... Léon BINET
Membre de l'Institut

Assesseur : ..... Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS

Anatomie		CORDIER (G.)
Anatomie Pathologique		DELARUE (A.)
Bactériologie		FASQUELLE (R.)
Biochimie Médicale		JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Educ. Phy. et Sports		CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie Médicale		FAUVERT (R.)
Cancérologie Médicale et sociale		BERNARD (J.)
Clinique de cardiologie		MOUQUIN (M.)
Cliniques Chirurgicales	Beaujon	SICARD (A.)
	Cochin	QUENU (J.)
	Hôtel-Dieu	MENEGAUX (C.)
	Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique Chirurg. réparatrice et orthopédique		MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire		de GAUDART-d'ALLAINES(F.)
Clinique de Chirurg. infantile et orthopédie		FEVRE (M.)
Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire		MATHEY (J.)
Clinique gynécologique		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang		MARCHAL
Clinique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE (T.)
Cliniques Médicales	Bichat	JUSTIN-BESANCON (L.)
	Broussais	DE CENNES (L.)
	Cochin	MOREAU (R.)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Clinique Méd. d'Hydro-climatologie thérapeutique		DEBRAY (C.)
Clinique Médicale propédeutique	PASTEUR	VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition		BOULIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques Obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Port-Royal	VARANGOT (J.)

Clinique d'Obstétrique et de gynécologie	LANTUEJOUL (P.)
Clinique Ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (G.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIE (P.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie Chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.)
Pathologie médicale	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESCREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES de CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

Anatomie	DELMAS (A.) pr s.ch. CABROL (C.) DEBEYRE (J.) OLIVIER (G.)
Anatomie Pathologique	GAUTHIER-VILLARD MlleP. pr.s.ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	NEVOT (A.) pr.s.ch. CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	ETTORI (J.) pr.s.ch. DESCREZ (P.) POLONOVSKI (J.)

Biologie Médicale	BOURLIERE (F.)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (F?)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
	COUJARD (F.
Histologie	N ...
	N ...
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr.s.ch.
	DEPARIS (M.) pr.s.ch.
Maladies Infectieuses	BASTIN (R.)
	DEROBERT (L.) pr.s.ch.
Médecine légale	GAULTIER (M.)
	HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (G.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
	GRASSET (J.)
	LE LORIER (G.)
	LEPAGE (F.)
Obstétrique	MERGER (P.)
	MORIN (P.)
	RAVINA (J.)
	ROBEY (M.)
	BREGEAT (P.)
Ophtalmologie	DESVIGNES (P.)
Orthopédie	JUDET (R.)
	AUBRY (M.)
Oto-rhino-laryngologie	MADURO (R.)
	BRUMPT (L.G.)
Parasitologie	CHABAUD (A.)
	ABOULKER (P.)
	BARGAT (J.)
	BAUMANN (J.)
	CAUCHOIX (J.)
	DUBOST (C.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
	GERMAIN (A.)
Pathologie chirurgicale	GOSSET (J.)
	LAURENCE (G.)
	LORTAT-JACOB (J.)
	MATHEY (J.)
	OLIVIER (Cl.)
	POILLEUX (F.)
	THOMERET (G.)
	VERNE (J.M.)
	LOEPER (J.)
Pathologie expérimentale	MAURICE (P.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545923_0062

Pathologie médicale	BOUDIN (G.) BOUVIER (J.B.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DEROT (M.) DOMART (A.) LAMOTTE (M.) LAROCHE (C.P.) MAGREZ (C.) MILLIEZ (P.) PEQUIGNOT (H.) PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) ROYER (P.) THIEFFRY (St.) TURIAF (J.) WOLFROMM (R.) N ...
Pédiatrie	JOSEPH (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKY (Cl.)
Pharmacologie	CHEYNOL (J.) pr.s.ch. LEVY (Mlle J.) pr.s.ch.
Physiologie	BARJETON (D.) pr.s.ch. PARROT (J.) pr.s.ch. DEJOURS (P.)
Physique Médicale	DJOURND (A.) pr.s.ch. GOUGEROT (L.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
Urologie	KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES de COURS de CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

linique chirurgicale	AMELINE (A.) HUGUIER (J.) LEGER (L.) PADOVANI (P.) ROUX (M.)
linique médicale	DREYFUS (Gilbert) HAGUENAU (J.) pr.s.ch. KOURILSKY (R.) MARCHAL (G.)
linique neurologique	DE SEZE (S.)
linique obstétricale	MAYER (M.)
linique ophtalmologique	OFFRET (G.)
linique pédiatrique	LAPLANE (R.)
linique psychiatrique	BARUK (H.)

==========

Secrétaire général de la Faculté ..... M. MOREL (J.)
Secrétaire ..... Mlle CHAINTREUIL (C.)

Conservateur, chargé de la direction .... M. le Dr. HAHN(A.)
Conservateur ..... Mlle COICHON (A.)
Bibliothécaires ..... Mlles DUMAITRE (P.)
LAURENT (H.), LE NOIR (C.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE,

A TOUS LES MIENS.

A MON PRESIDENT DE THESE :

Monsieur le Professeur T U R P I N

Professeur d'Hygiène et Clinique de la Première Enfance

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur,

Qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

En hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur P. B L O N D E T

Médecin des Hôpitaux du Havre

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse, et m'a guidé dans son élaboration.

Avec ma respectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS :

Monsieur le Professeur PASTEUR VALLERY-RADOT.

Monsieur le Professeur DE GENNES.

Monsieur le Professeur Agrégé RUDLER.

Monsieur le Professeur DEBRÉ.

Monsieur le Professeur Agrégé BRICAIRE.

AUX MEDECINS des HOPITAUX du HAVRE :

Monsieur le Docteur BAUDOIN.

Monsieur le Docteur GAUCHET.

Monsieur le Docteur VERGEZ.

Monsieur le Docteur BECUE.

Monsieur le Docteur CHAPIREAU.

Monsieur le Docteur DESBORDES.

Monsieur le Docteur CRAMER.

AUX INTERNES des HOPITAUX du HAVRE.

Le traitement des ostéomyélites a connu des modifications profondes au cours de ces vingt dernières années.

La règle était autrefois d'intervenir chirurgicalement d'urgence ; cette intervention outre les délabrements inutiles qu'elle créait n'empêchait guère, bien souvent, l'évolution vers la chronicité avec ses conséquences dramatiques.

Les travaux du Professeur LEVEUF, ont eu le mérite, parmi plusieurs conceptions pathogéniques et anatomopathologiques erronées, de montrer que le premier stade de l'ostéomyélite exige l'abstention. Désormais, l'immobilisation plâtrée devenait la règle à la découverte de la maladie ; l'intervention n'était plus pratiquée que lors des complications ou d'évolution vers la chronicité.

Cela explique que les médecins ne se pressaient nullement de porter le diagnostic de cette affection redoutable.

Mais la nécessité d'un diagnostic précoce ne connut qu'une éclipse. Elle revint avec la Pénicilline plus pressante que jamais.

Les dix observations d'ostéomyélites infantiles que nous allons vous présenter ont été traitées dans le Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier du Havre.

Elles ont déjà fait l'objet pour la plupart d'une communication à la Société de Pédiatrie par les Docteurs A. BAUDOUIN - P. BLONDET et M. FENAUX (1) en Octobre 1957.

---

(1) C.F. Archives Françaises de Pédiatrie - Tome XV - N° 2 - 1958.

OBSERVATION 1

RIC Jacques, âgé de 2 ans est hospitalisé le 24 Mai 1955 pour une fièvre à 40° apparue brutalement la veille, vomissements et rétention d'urine.

L'interrogatoire de l'entourage ne retrouve aucun antécédent pathologique lointain ou récent : il n'y a pas eu d'affection cutanée.

EXAMEN à l'ENTREE.-

L'enfant souffre, pleure sans arrêt.

Le membre inférieur droit est moins mobile et il ne pose plus le pied à terre depuis la veille.

Le reste de l'examen clinique et la radioscopie sont normaux.

LE LENDEMAIN.-

Les lésions du membre inférieur droit se précisent : il n'existe pas d'appui sur le membre inférieur droit qui reste fléchi en permanence.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

On ne retrouve pas de douleur vive au niveau des épiphyses, mais celle-ci n'est pas recherchée avec le plus grand soin, car l'existence d'une impotence fonctionnelle qui semble prédominer au niveau du quadriceps et des adducteurs, associée à une rétention d'urine, fait évoquer très fortement une P.A.A., bien que l'élément hypertonique domine l'élément paralytique.

La ponction lombaire à notre étonnement, se révèle normale et durant 48 heures le diagnostic va hésiter car l'hémoculture pratiquée à l'entrée n'a pas poussé.

La radiographie des hanches et des genoux est normale.

LE 27 MAI.-

L'examen montre alors au niveau de l'extêmité inférieure du fémur :

- un aplatissement des méplats
- une tuméfaction diffuse
- une augmentation de la chaleur locale
- une douleur à la pression.

L'enfant est aussitôt traité par 0,g40 d'Erythromycine par jour durant 5 semaines et l'ostéomyélite est confirmée le lendemain par l'hémoculture qui montre du staphylocoque blanc hémolytique.

La numération montre : 14.000 Globules Blancs avec 68 % de Polynucléaires.

LE 3 JUIN.-

Apparition à la radiographie d'un décollement périosté discret.

LE 15 JUIN.-

Les signes cliniques et fonctionnels ont disparu.

A la radiographie, outre le décollement périosté net qui persiste, il existe une image discrète de production osseuse au niveau de l'extrêmité inférieure du fémur.

LE 4 JUILLET.-

Les nouvelles radiographies sont identiques. L'état clinique est parfait - la numération normale - l'enfant quitte le Service.

SEPTEMBRE 1955.-

Revu à l'occasion d'une angine, il va bien, mais conserve sur sa radiographie une petite image de perte de substance au niveau de la métaphyse fémorale inférieure droite.

En résumé, il s'agit d'une ostéomyélite aigüe certaine à hémoculture positive et manifestations radiologiques.

L'Antibiothérapie à l'Erythromycine n'a malheureusement été instituée qu'au quatrième jour en raison d'une orientation primitive vers une P.A.A.

Guérison après 5 semaines de traitement avec stigmates radiologiques.

O B S E R V A T I O N 2

COU Claude, âge de 4 ans 1/2 est hospitalisé le 17 Octobre 1955 envoyé par son Médecin pour R.A.A.

Dans la nuit du 14 au 15 Octobre, l'enfant a été réveillé par une douleur vive au niveau du genou et de la cheville gauche. Il a des sueurs abondantes.

Il reçoit alors du Salicylate de soude.

Le lendemain les douleurs sont atténuées, la température descend à 37°6 le soir ; il n'y a pas de douleur abdominale.

A SON ENTREE.-

L'enfant se plaint du genou et de la cheville gauche qui sont immobilisés en flexion. Les articulations ne sont ni chaudes, ni rouges, mais il y a une augmentation nette du volume du genou gauche (4 cms de plus qu'à droite), la cheville gauche est d'aspect normal.

La température est à 37°9.

La gorge est rouge et on note une petite lésion recouverte d'une croûte brunâtre au niveau du bras droit, lésion dont le prélèvement montrera du Staphylocoque doré et du Streptocoque.

La V.S. est à 87 - 120 mm.

La fibrinémie à 9,g40

L'hémogramme montre 21.600 Globules Blancs dont 80,5 % de Polynucléaires.

On continue à penser à un rhumatisme articulaire aigu et l'enfant est traité par Pénicilline : 1.000.000 - Hydrocortisone : 150 mg.

LE 18 OCTOBRE 1955.-

Le genou est toujours augmenté de volume et la palpation met en évidence des points douloureux sus-articulaires. Surtout la mobilisation passive patiente est possible.

On pense alors à une ostéomyélite possible et on augmente la Pénicilline de 1 à 6 millions en y associant 0,g50 de Streptomycine.

Par ailleurs apparaissent des troubles métaboliques importants :

- glycosurie et acétonurie abondantes
- albuminurie
- réserve alcaline à 44 volumes
- glycémie à 2,g30
- Na = 136 meq.
- K = 2 meq.

On discute l'origine de ces troubles métaboliques.

S'agit-il de perturbations causées par le syndrome infectieux analogues aux troubles rencontrés parfois au cours des toxicoses des nourrissons ?

Ou bien fau-il incriminer les accidents causés par l'Hydrocortisone ?

On ajoute au traitement : Chlorure de Potassium, 2 g puis 3 g.

. Perfusion de sérum physiologique

. Perfusion de sérum bicarbonaté.

LE 21 OCTOBRE 1955.-

Le genou est toujours chaud et augmenté de volume.

L'hémoculture est négative (mais elle a été pratiquée le deuxième jour du traitement antibiotique).

Les troubles métaboliques ont bien régressé.

LE 5 NOVEMBRE 1955.-

Les signes fonctionnels ont bien regressé, mais il persiste une infiltration des parties molles.

On arrête alors la Pénicilline et la Streptomycine et on donne 0,g50 d'Erythromycine en poursuivant l'Hydrocortisone à doses décroissantes.

La radiographie est normale.

LE 11 NOVEMBRE 1955.-

Apyrexie - Reprise de la marche.

LE 26 NOVEMBRE 1955.-

L'enfant quitte le Service ne gardant aucune séquelle au niveau du membre inférieur gauche et avec des clichés radiologiques toujours normaux.

DISCUSSION.-

La négativité de l'hémoculture et l'absence de manifestations radiologiques semblent laisser un doute important sur l'authenticité du diagnostic.

Toutefois le syndrome clinique joint à l'importance de la polynucléose et la notion de porte d'entrée que l'on retrouve ici permettent de conclure honnêtement à une ostéomyélite à résolution complète grâce aux antibiotiques.

OBSERVATION 3

A. Daniel, âgé de 13 ans, est hospitalisé le 25 Juin 1956 pour une rachialgie cervicale d'apparition brutale la veille au soir avec température à 38°5.

ANTECEDENTS IMMEDIATS.-

- chute sur le siège il y a 10 jours
- piqûre de la plante du pied légèrement infectée 5 jours auparavant
- il n'y a eu ni angine, ni syndrome infectieux dans les jours précédents.

EXAMEN à l'ENTREE.-

Attitude guindée. L'enfant couché se redresse sans fléchir le cou, la tête figée sur les épaules.

Les mouvements passifs des articulations scapulo-humérales et de la colonne cervicale sont normaux lorsqu'ils sont pratiqués avec douceur.

La palpation localise la douleur au niveau du trapèze gauche.

Une ponction lombaire pratiquée par sécurité pour éliminer une poliomyélite est normale.

48 HEURES PLUS TARD.-

La température est toujours à 38°

Apparition au niveau du bord spinal de l'omoplate gauche d'une tuméfaction profonde : la ponction ramène un pus épais à Staphylocoque doré.

La V.S. est à 33 - 78 mm.

La fibrinémie à 8,g40

l'hémogramme montre 18.000 leucocytes avec 91,5 % de Polynucléaires.

L'Hémoculture ne sera pratiquée que plus tard et sera négative.

La radiographie du rachis et de la ceinture scapulaire est normale.

Le Diagnostic d'Ostéomyélite du bord spinal de l'omoplate gauche est posé et un traitement d'un gramme d'Erythromycine associé à 40 mg de Cortancyl est institué.

EVOLUTION.-

La persistance de la tuméfaction nécessitera 2 ponctions évacuatrices avec injection de Tifomycine.

Le Cortancyl est donné à doses dégressives et interrompu en même temps que l'Erythromycine au bout d'un mois.

L'enfant sort le 31 Juillet 1956 sans image radiologique anormale.

DISCUSSION.-

Il ne s'agit là aussi que d'un diagnostic de très forte probabilité. Il faut toutefois préciser que la lecture d'un cliché radiologique est rendu plus difficile à ce niveau que sur un os long.

OBSERVATION 4

E. Josette, âgée de 7 ans 1/2 est hospitalisée dans le Service le 5 Décembre 1956 pour une fièvre en plateau à 40° associée à une douleur de la hanche et du genou droit.

L'interrogatoire révèle seulement l'existence d'impétigo du genou droit, 21 jours auparavant.

La maladie a débuté 15 jours auparavant par une douleur du genou droit qui a régressé avec les antalgiques mineurs.

Puis de nouveau, le 2 Décembre 1956 :

- ascension thermique progressive
- réapparition de la douleur au niveau du genou droit.

Malgré le traitement par Cortancyl et Pénicilline durant 48 heures la température reste à 40° et les douleurs persistent.

L'enfant est alors hospitalisée.

A L'ENTREE.-

Malgré la fièvre à 40°, l'état général est peu altéré - le faciès est bon.

La malade se plaint de douleurs de tout le membre inférieur droit.

L'EXAMEN montre :

- un genou droit, chaud avec douleur au niveau du creux poplité, mais on arrive à mobiliser parfaitement l'article.

- la hanche droite est très douloureuse. La palpation localise cette douleur uniquement au niveau de la tête fémorale.
- le reste de l'examen est normal.

On pratique :

- un prélèvement de gorge : développement de Staphylocoque doré,

Pas de Streptocoque hémolytique /

- un séro-diagnostic de WIDAL : négatif
- 2 hémocultures à l'entrée et le lendemain matin qui sont positives au Staphylocoque doré avec Auréomycine et Tifomycine comme antibiotiques de choix.
- l'uroculture est négative
- la numération montre une hyperleucocytose à 26.000 avec 82 % de Polynucléaires.
- la V.S. est à 55 - 95 mm.
- la fibrinémie à 8 g.
- les radiographies du bassin, des genoux et des poumons sont normales.

LE TRAITEMENT :

par Pénicilline, 1 million et Cortancyl 40 mg doit être renforcé par la Tifomycine, 1 g. pour amener la défervescence brusque le 7 Novembre 1956, soit 5 jours après le début.

LE 14 NOVEMBRE 1956.-

Apparition d'une tuméfaction de la région sacro-iliaque droite.

On pratique 2 injections locales de Tifomycine.

On remplace la Pénicilline par l'Auréomycine.

La radiographie de l'articulation sacro-iliaque semble normale.

LE 29 NOVEMBRE 1956.-

Tous les signes cliniques ont pratiquement disparu.

Il existe encore une leucocytose à 15.800.

La V.S. est à 4 - 11 mm.

On abaisse le Cortancyl à 25 mg., on arrête l'Auréomycine.

LE 15 DECEMBRE 1956.-

La température devient oscillante autour de 38°.

La numération montre alors 2.980.000 Globules rouges

10.600 Globules blancs

On reprend l'Auréomycine, 0,g60 et la Pénicilline 2 millions associées toujours à 1 g. de Tifomycine et à 25 mg. de Cortancyl.

On y ajoute transfusions et Protoxalate de fer.

LE 13 JANVIER 1957.-

L'anémie a disparu.

La leucocytose est à 12.200

La V.S. à 7 - 17 mm

On arrête les antibiotiques après 40 jours de traitement.

L'enfant refait quelques jours plus tard un clocher thermique à 40° étranger à son affection car :

- l'hémoculture est négative,

- la V.S. à 34 - 65 mm.

Tout rentre dans l'ordre avec l'Aspirine et la Vitamine C.

LE 20 FEVRIER 1957.-

L'Etat clinique est parfait.

La V.S. reste toujours accélérée (50 - 80 mm)

L'électrophorèse montre une augmentation des α 2 (14 %)

L'enfant quitte le Service.

AVRIL 1958.-

L'enfant est revue et on constate une intégrité fonotionnelle.

DISCUSSION.-

Il est étonnant de ne pas avoir retrouvé de lésions radiologiques à cette forme particulièrement sévère d'ostéo-arthrite sacro-iliaque droite si l'on en juge par la persistance des hémocultures positives et les perturbations biologiques.

Il est possible d'imaginer que le traitement antibiotique, même à dose insuffisante, tel qu'il a été commencé ici très précocement, alors qu'on pensait à un Bouillaud, a nettement favorisé la guérison complète sans séquelles de cette enfant.

Il n'est pas exclu par ailleurs, qu'il se soit agi d'une forme en 2 temps et à 2 localisations : Bassin et genou.

OBSERVATION 5

AV. Jean-Pierre, âgé de 3 mois et 10 jours, est hospitalisé le 26 Mai 1956 pour une fièvre en plateau à 39° - 40°, des signes méningés et un furoncle de la lèvre inférieure.

L'affection a débuté 4 jours auparavant à la suite d'une staphylococcie cutanée dont il persiste quelques éléments à la ceinture et le furoncle de la lèvre inférieure.

A L'ENTREE.-

Le syndrome méningé est net : nuque raide - fontanelle tendue.

La ponction lombaire montre : 21 éléments avec lymphocytose presque pure.-

0,g 22 d'albumine -(Lowenstein négatif ultérieurement)

La numération montre : 3.580.000 Globules rouges

35.000 Globules blancs dont 67% de Pblynucléaires neutrophiles.

La coproculture est négative.

Le prélèvement de pus montre du Staphylocoque doré avec Chloromycétine et Erythromycine comme antibiotiques de choix.

L'hémoculture n'a pas été pratiquée.

LE TROISIEME JOUR.-

Apparition de signes inflammatoires au niveau du sternum.

Les radiographies ne montrent aucun signe osseux, mais une infiltration oedemateuse des parties molles.

TRAITEMENT

5 millions de Pénicilline associée à 10 mg de Cortancyl

Puis, après résultat de l'antibiogramme, la Pénicilline est remplacée par la Tifomycine.

EVOLUTION

Après trois jours de traitement, la température redevient normale.

Le 1er Juin 1956 : la tuméfaction devient fluctuante.

Mais la guérison se fera sans incision, ni ponction évacuatrice.

Le 11 Juin 1956

L'enfant quitte le Service après 15 jours d'antibiotiques.

On demande à son Médecin traitant de poursuivre le traitement 15 jours encore.

DISCUSSION

Il est regrettable que l'hémoculture n'ait pas été pratiquée, car, elle eut bien complété ce tableau d'ostéomyélite où l'antibiothérapie a permis d'obtenir une guérison totale avant l'apparition des signes radiologiques.

OBSERVATION 6

CHR. Paul, âgé de 13 ans, est hospitalisé le 16 Janvier 1956 pour une fièvre à 40°, une douleur du poignet droit et une angine rouge.

Le début remonte à 48 heures et s'est manifesté par un état pseudo-grippal avec une fièvre à 39°5 :

- fatigue
- épistaxis

On ne signale aucun antécédent important.

A L'ENTREE

La fièvre est à 40°4

L'enfant est pâle et fatigué

La gorge est rouge

On trouve au niveau de l'avant-bras droit une région rouge, chaude et douloureuse, occupant le tiers inférieur de la face dorsale de l'avant-bras, n'allant pas jusqu'à l'articulation qui, elle, est indolore.

Les mouvements des doigts et du poignet sont possibles, mais très diminués.

Surtout, la douleur est transfixiante, de part en part du radius, et, après avoir discuté un phlegmon des gaines des extenseurs, on pense à une ostéomyélite du radius d'autant plus que la douleur ne dépasse pas l'articulation.

On trouve pourtant une adénopathie épitrochléenne et olécranienne.

L'enfant reçoit alors quotidiennement :

Pénicilline : 4 millions
Cortancyl : 30 mg
Streptomycine : 1 g

Le lendemain, les signes cliniques de la veille s'accentuent encore.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Numération : 3.830.000 Globules rouges
  9.000 Globules blancs, dont
  59 % de polynucléaires neutrophiles
- Vitesse de sédimentation : 45-79 mm
- Prélèvement de gorge : Streptocoque hémolytique α + h mais pas de Streptocoque β
- Fibrinémie : 8 g.65
- Cuti : négative
- L'hémoculture deviendra positive seulement le 25 Janvier 1956 au Staphylocoque doré, avec Tifomycine et Pénicilline comme antibiotiques de choix
- La radiographie du poignet ne montre pas de lésion osseuse, mais il existe un oedème des parties molles.

EVOLUTION

Dès le troisième jour, la température redescend au-dessous de 38° et les signes fonctionnels disparaissent.

Après huit jours, le Cortancyl est baissé à 20 mg, puis à 10 mg .

Les antibiotiques sont poursuivis à la même dose durant 40 jours.

Le 9 FEVRIER 1956

La Vitesse de Sédimentation est à 6-20 mm

La Radiographie montre alors l'apparition d'un décollement périosté discret au niveau du bord interne du radius droit.

L'enfant quitte le Service le 25 Février 1956 et doit poursuivre à domicile des injections régulières de Pénicilline retard et 10 mg de Cortancyl par jour.

EN RESUME :

L'antibiothérapie a, ici, été institué très énergiquement dès l'apparition des signes locaux de l'affection.

La guérison a été spectaculaire et totale, ne laissant après 40 jours de traitement qu'un léger décollement périoste, qui vient témoigner de la certitude du diagnostic.

EN RESUME :

L'antibiothérapie a, ici, été institué très énergiquement dès l'apparition des signes locaux de l'affection.

La guérison a été spectaculaire et totale, ne laissant après 40 jours de traitement qu'un léger décollement périoste, qui vient témoigner de la certitude du diagnostic.

OBSERVATION 7

LEV Patricia, âgée de 1 an est hospitalisée le 14 Janvier 1956 pour un syndrome méningé.

ANTECEDENTS :

Enfant née avant terme - pesant 2 Kgs 400.

Allaitement artificiel.

L'enfant commençait à marcher avant de tomber malade.

HISTOIRE de la MALADIE :

L'enfant toujours bien portante depuis sa naissance, a présenté 15 jours auparavant une varicelle, suivie 8 jours plus tard d'une otite droite et depuis la température persiste autour de 38°.

Brutalement le 14 Janvier 1956, la fièvre monte à 40°. L'enfant est pâle, abattue : raideur de la nuque et constipation.

A L'ENTREE :

L'enfant ne se tient debout que sur la jambe gauche; elle garde la droite repliée.

Cette jambe est gonflée, tendue, douloureuse, contrastant avec la cuisse qui est normale.

Il n'y a pas d'adénopathie inguinale.

Le reste de l'examen est négatif.

La ponction lombaire montre un liquide clair contenant moins d'un élément et 0 g 20 d'albumine.

La radiographie ne montre pas de lésion osseuse, mais un empâtement des parties molles au niveau de la jambe droite.

Le diagnostic d'ostéomyélite est alors posé et l'enfant reçoit :

- Pénicilline, 2 millions.
- Streptomycine, 0 g 30.
- Cortancyl, 10 mg puis doses dégressives.

Le diagnostic est confirmé par l'hémoculture qui devient positive le 25 Janvier 1956 au staphylocoque doré.

EVOLUTION :

La fièvre et les signes fonctionnels disparaissent en quelques jours.

Une nouvelle radiographie pratiquée le 23 Janvier 1956 montre toujours l'absence de lésions osseuses.

L'enfant quitte le Service le 6 Février 1956 sans avoir présenté d'autres anomalies.

DISCUSSION :

Fait assez rare dans nos observations, l'on retrouve ici la porte d'entrée qui est manifestement l'otite.

OBSERVATION 8

B. Elisabeth, née le 25 Novembre 1950 présente dans la journée du 4 Juillet 1957 de la fatigue, une douleur de la jambe gauche et la nuit de l'insomnie.

LE 5 JUILLET 1957 :

- La température est oscillante;
- La radiographie est normale;
- La hanche est toujours bloquée;
- Un toucher rectal révèle une douleur de la région acétabulaire.

Le soir du 8 Juillet 1957, l'hémoculture est positive au staphylocoque doré pathogène.

LE 9 JUILLET 1957 :

Après antibiogramme, on modifie le traitement :

- Pénicilline : 1 million.
- Streptomycine : 1 gr.
- Erythromycine : 1 gr.
- Cortancyl : 30 mg.

LE 10 JUILLET 1957 :

On peut mobiliser partiellement la coxo-fémorale et le lendemain l'articulation est libre.

LE 12 JUILLET 1957 :

Reprise de la mobilisation active sans appui.

Premiers pas le 14 Juillet 1957.

LE 17 JUILLET 1957 :

La marche est normale.

Le traitement est continué jusqu'au 12 Août 1957.

Actuellement elle se porte parfaitement bien.

EN CONCLUSION :

Cette observation illustre parfaitement l'efficacité d'un traitement antibiotique d'extrême urgence et nous n'y ajouterons aucun commentaire.

OBSERVATION 9

LOR Marie-France, âgée de 12 ans est adressée le 2 Septembre 1957 pour suspicion de poliomyélite.

HISTOIRE de la MALADIE :

Quinze jours auparavant, la malade s'était plainte de céphalée avec douleur du genou. La marche restait normale.

Huit jours plus tard, apparition d'une douleur de l'épaule droite.

LE 25 SEPTEMBRE 1957 :

Le soir la fièvre s'élève à 39° 8 et l'enfant accuse une importance fonctionnelle nette à l'épaule droite.

La malade reçoit alors Gentisod et 1 million de Pénicilline.

Les jours suivants, la fièvre et l'importance fonctionnelle persistent avec abolition de la flexion de l'avant-bras droit.

Le médecin traitant fait alors hospitaliser l'enfant dans la crainte d'une poliomyélite.

On ne signale aucun antécédent important.

A L'ENTREE :

Il n'existe pas de signes méningés.

L'articulation de l'épaule est sensible à la palpation au niveau de l'insertion des muscles.

Elle est tuméfiée, mais la chaleur locale n'est pas augmentée.

Il y a par contre, une augmentation de la circulation collatérale.

La mobilisation active est difficile, mais il n'y a pas de douleur aux mouvements passifs.

Par ailleurs, la gorge est rouge avec enduit pultacé.

Le reste de l'examen est négatif.

La ponction lombaire pratiquée à l'entrée est normale.

L'enfant reçoit alors immédiatement:

- Erythromycine : 1 g.
- Streptomycine : 1 g.
- Cortancyl : 30 mg.

L'hémoculture est positive après 4 jours, au staphylocoque doré, sensible à l'Erythromycine, la Terramycine, l'Auréomycine et la Tétracycline.

La numération montre une leucocytose à 17.600 avec 80% de polynucléaires.

La vitesse de sédimentation est à 71-111 mm.

La fibrinémie à 9 g 66.

La radiographie de l'épaule ne montre aucun signe osseux, mais un oédème des parties molles.

Dosage des antistreptolysines : 280 unités.

EVOLUTION :

Sous l'influence du traitement, la température redevient normale le lendemain.

Une nouvelle hémoculture pratiquée le 30 Septembre 1957 est négative.

Les douleurs disparaissent.

Le cortancyl est baissé à 25 mg après 8 jours et poursuivi durant 1 mois en diminuant progressivement la dose.

Une nouvelle radiographie du bras, faite le 12 Octobre 1957, montre une image de perte de substance discrète au niveau de la corticale humérale droite.

LE 30 OCTOBRE 1957 :

L'état clinique est parfait.

La vitesse de sédimentation est à 1-2 mm.

La radiographie montre une réaction ostéo-périostée discrète au niveau de la diaphyse humérale droite, à l'endroit ou existait 15 jours auparavant une image de destruction osseuse.

DISCUSSION :

Le diagnostic est ici, confirmé par l'hémoculture et les images radiologiques.

Une confusion durant les premiers jours avec un rhumatisme articulaire aigü a fait retarder de 3 jours l'antibiothérapie massive instituée dès son hospitalisation.

Ceci expliquerait aisément les lésions radiologiques importantes observées le 14ème jour, lésions qui ont ensuite sensiblement régressé.

OBSERVATION 10

MI. Marie-Thérèse, âgée de 6 ans est hospitalisée le 18 Décembre 1956, pour une ostéomyélite du péroné gauche.

ANTECEDENTS :

- Varicelle.
- Rougeole.
- Oreillons entre 1 et 2 ans.
- Bronchites fréquentes.

HISTOIRE de la MALADIE :

L'affection a débuté il y a 8 jours par une éruption évoquant une rubéole.

Depuis 3 jours l'enfant se plaint de la jambe gauche.

A L'ENTREE :

- Fièvre à 40°.
- Etat général : altéré.
- L'examen montre une éruption morbilliforme généralisée. La jambe est en demi-flexion; le genou est normal, par contre la tibio-tarsienne est oédématiée avec des plaques érythémateuses chaudes autour des malléoles.

Il existe des pustules purulentes sur la malléole externe.

La douleur et l'oédème remonte sur le tibia. Surtout, des mouvements de faible amplitude de la tibio-tarsienne sont possibles.

On suspecte très fortement alors une ostéomyélite et l'enfant reçoit :

- Cortancyl, 20 mg puis 40 mg.
- Pénicilline, 2 millions puis 9 millions.
- Streptomycine, 0 g 50 .

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- Hémoculture : positive au staphylocoque doré avec la Tifomycine pour antibiotique de choix.
- Vitesse de sédimentation : 91-122 mm.
- Fibrinémie : 2 g 70.
- Hémogramme : 4.000.000 globules rouges.
  20.000 globules blancs dont 90% de polynucléaires.
- Radiographies pulmonaire et du pied gauche : normales.

EVOLUTION :

48 heures plus tard, la température reste à 40° malgré une augmentation des doses faites dès le lendemain et l'adjonction de 0 g 75 de Tifomycine.

Surtout, 2 nouvelles hémocultures pratiquées le 19 et 20 Décembre sont toujours positives au staphylocoque doré.

LE 22 DECEMBRE 1956 :

La température descend au-dessous de 38°.

Apparition d'un abcès sus-malléolaire externe, avec oédème important.

Pas d'adénopathie, le prélèvement de pus montre toujours du Staphylocoque doré.

Celui-ci sera traité par des ponctions évacuatrices avec injections de Tifomycine locale.

le 16 JANVIER 1957 :

Alors que tout était redevenu normal depuis 15 jours, la température remonte à 39° et la jambe gauche redevient douloureuse et chaude.

L'hémoculture est négative.

La radiographie ne montre qu'un léger décollement périosté au niveau du péroné gauche.

On pense à une phlébite gauche et on donne des anticoagulants.

Tout rentre dans l'ordre.

LE 21 JANVIER 1957 :

Nouveau clocher thermique à 40°.

Une nouvelle hémoculture est négative.

Par contre la radiographie pulmonaire montre l'existence d'un pyopneumothorax gauche avec déplacement médiastinal important.

On augmente la Pénicilline de 1 à 10 millions
le Cortancyl de 20 à 30 mg.

On baisse la Tifomycine à 0 g 75.

L'évolution sera particulièrement critique durant plusieurs jours.

On pratique plusieurs ponctions évacuatrices avec exsufflation.

C'est seulement à la fin de Février que l'image pulmonaire redevient à peu près normale.

La radiographie du péroné montre alors une importante réaction périostée et des espaces discrets de perte de substances dans la diaphyse.

EN MARS 1957 :

L'enfant ne reçoit plus que 70 cg d'Erythromycine par jour.

La vitesse de sédimentation continue à baisser :

le 21 Février 1957 : 57-66 mm.
le 13 Mars 1957 : 29-58 mm.
le 26 Mars 1957 : 12-34 mm.

LE 17 AVRIL 1957 :

Les lésions radiologiques ont légèrement diminué malgré un arrêt des antibiotiques depuis 3 semaines.

On reprend une cure d'Erythromycine (60 mg) durant 45 jours.

LE 10 MAI 1957 :

La radiographie ne montre plus que quelques séquelles périostiques minimes.

L'état général est parfait, la malade quitte le service.

Elle a été revue 8 mois plus tard et son état fonctionnel et général est parfait.

EN CONCLUSION :

Il est intéressant de noter dans cette observation la gravité pronostic que revêt la persistance de l'hémoculture positive malgré le traitement.

De même la succession d'une localisation pulmonaire à une phlébite ne semble pas un hasard.

La phlébite représente certainement un facteur de diffusion infectieuse qui doit faire redoubler la vigilance et maintenir un traitement aussi efficace qu'au début.

OBSERVATIONS	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
AGE	2 ANS	4 ANS 1/2	13 ANS	7 ANS 1/2	3 MOIS	13 ANS	1 AN	7 ANS	12 ANS	6 ANS
PORTE D'ENTREE	?	PRESENTE	PRESENTE ?	?	PRESENTE	?	PRESENTE	?	?	?
SIGNES GENERAUX	+++	- +	+	+++	+++	++	+++	+	++	++
SIGNES FONCTIONNELS	+++	++	++	+++	++	+++	- +	+	+	+++
SIGNES PHYSIQUES	++	+++	+	+++	+	+++	++	+++	+	+++
EXAMENS COMPLEMENTAIRES HEMOCULTURE	STAPHYLOCOQUE BLANC HEMOLYTIQUE	NEGATIVE	NEGATIVE	STAPHYLO. DORE	NON PRATIQUEE	STAPHYLO. DORE	STAPHYLO. DORE	STAPHYLO. DORE	STAPHYLO. DORE	STAPHYLO. DORE
RADIO. PRECOCE	NORMALE	-	NORMALE	NORMALE	OED. PART. MOLLES	OED. PART. MOLLES	OED. PART. MOLLES	NORMALE	OED. PART. MOLLES	NORMALE
HEMOGRAMME	14.000 G.B. 68% de POLY.	21.600 G.B. 80% de POLY.	18.000 G.B. 91% de POLY.	26.000 G.B. 82% de POLY.	35.000 G.B. 67% de POLY.	9.000 G.B. 59% de POLY.	-	POLY. ++	17.000 G.B. 80% de POLY.	20.000 G.B. 90% de POLY
V.S.	-	87/120mm	33/78mm	55/95mm	-	45/79mm	-	-	71/111mm	91/122mm
COMPLICATIONS	NEANT	TROUBLES METABOLIQUES	ABCES	ABCES	ABCES	NEANT	NEANT	NEANT	NEANT	PHLEBITE JAMBE G. PYOPNEUMO.
TRAITEMENT	ERYTHROMYCINE	PENICILLINE STREPTOMYCINE HYDROCORTISONE ERYTHROMYCINE	ERYTHROMYCINE CORTANCYL PONCTIONS d'aboès	PENICIL. CORTANCYL TIFOMYC. AUREO. PONCTIONS	PENICIL. TIFOMYC. CORTANCYL	PENICIL. STREPTO. CORTANCYL	PENICIL. STREPTO. CORTANCYL	PENICIL. STREPTO. CORTANCYL ERYTHRO.	STREPTO. ERYTHRO. CORTANCYL	PENICIL. STREPTO. CORTANCYL TIFOMYC.

I N T R O D U C T I O N

Depuis la découverte des antibiotiques, l'intérêt du traitement médical d'urgence pour les ostéomyélites s'est rapidement imposé.

En 1953, le Professeur LAURENCE publiait une mise au point et indiquait que les délais de mise en route de l'antibiothérapie dans l'ostéomyélite doivent être extrêmement brefs : "Ils se chiffrent par des heures".

Les dix observations d'ostéomyélite aiguë que nous venons de présenter se situent entre Mai 1955 et Septembre 1957.

La conduite de leur traitement a donc bénéficié de ces acquisitions récentes et l'on peut reconnaître que dans l'ensemble, les résultats sont bons.

Nous avons écarté de cette étude 2 cas d'ostéomyélites chroniques.

Le premier admis plusieurs mois seulement après le début, le deuxième étant un abcès de Brodie du tibia dont le diagnostic n'a été confirmé que tardivement.

Nous avons également passé sous silence, 2 affections traitées avec succès comme des ostéomyélites, mais dont le diagnostic reste trop sujet à caution.

Si la nécessité absolue d'un diagnostic d'urgence est maintenant une notion admise par tous, il reste parfois fort difficile, en pratique, d'éviter des confusions ou des retards à ce diagnostic. (1)

---

(1) C.F. Bibliographie n° 1.

Aussi, il nous a paru intéressant de présenter ces dix observations dont aucune ne s'est manifestée au début de façon vraiment typique pour souligner les fautes ou les confusions que l'on a tendance à commettre et essayer de préciser les éléments majeurs qui doivent imposer le traitement d'urgence, même si le diagnostic n'est que soupçonné : "la gravité d'une abstention exige le pari sur la simple probabilité".

"Que le traitement soit étendu à des malades sans ostéomyélite vraie, cela n'a pas d'inconvénients réels; qu'entre les sujets guéris et ceux qui furent l'objet d'une erreur diagnostique s'établisse une confusion, cela n'a aucune importance pratique.

La voie du pari et de l'incertitude volontaire est la seule qui offre à tous les ostéomyélitiques précocement examinés le plein bénéfice d'une chance sans lendemain". (1)

Nous adopterons dans cette étude le plan suivant :

Dans le premier chapitre, nous traiterons de la nécessité absolue du diagnostic précoce, de ses moyens et des confusions possibles.

Nous préciserons ensuite la conduite du traitement antibiotique et les thérapeutiques adjuvantes.

---

(1) G. LAURENCE Revue du praticien T 111 p. 1551
C.F. Bibliographie n° 4 - 7 - 17.

La NECESSITE ABSOLUE d'un DIAGNOSTIC PRECOCE

"Le diagnostic précoce est la condition même du succès thérapeutique : une présomption solidement étayée suffit à déclendher la mise en oeuvre du traitement". (1)

Nous rappellerons tout d'abord brièvement les signes habituels d'une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur (2)

Le début est brutal, se manifeste par une douleur atroce, une fièvre élevée.

Les signes locaux et généraux existent d'emblée , dans la majorité des cas.

Examen local : le membre est demi fléchi reposant sur sa face externe, le plus souvent tuméfié.

La palpation précise :

1.- La mobilité de l'articulation, signe capital.

2.- Les points douloureux électifs. Cette douleur de part en part c'est-à-dire provoquée sur des points opposés et non pas transfixiante, constitue le meilleur signe de l'ostéomyélite.

Toute inflammation des parties molles est protégée au moins dans un secteur, par la présence du fût osseux. Seule l'atteinte du fût lui-même justifie une douleur provoquée par la pression de tous les points de la périphérie.

On constate sur le membre examiné l'absence de toute infection des parties molles, l'absence de toute lymphangite réticulaire ou trunculaire avec ses plaques, ses trainées caractéristiques, l'absence de toute adénopathie inguinale surtout.

---

(1) C. LAURENCE Pratique médico-chirurgicale.

(2) C.F. Bibliographie n° 8.

Ce sont les signes locaux qui font le diagnostic.

L'examen général recherche des localisations métastatiques, d'autres localisations osseuses.

En fait, nous n'avons guère rencontré que 2 fois (observations 4 et 10) cette forme typique où les signes généraux et locaux sont apparues simultanément.

Quatre fois les signes généraux étaient au premier plan, et les signes locaux demandaient à être recherchés très attentivement.

Quatre fois, au contraire, les signes locaux étaient très intenses et les signes généraux modérés.

Nous avons trouvé une fois une adénopathie à l'entrée.

Il apparaît inévitablement à la lecture de ces observations que trop souvent, on ne pense pas à l'ostéomyélite et que le diagnostic est posé seulement après l'élimination de 2 affections : le rhumatisme articulaire aigu, quand l'élément douloureux l'emporte, la popliomyélite lorsque c'est l'impotence qui domine.

Certes dans 5 cas, le diagnostic a été porté ou suspecté dès l'hospitalisation.

Mais 3 fois il a fallu éliminer une poliomyélite par une ponction lombaire 2 fois l'affection a été traitée au début comme un rhumatisme articulaire aigu.

Cette confusion avec la maladie de Bouillaud a surtout pour origine la notion de fréquence : en effet, durant cette même période où nous avons traité ces 10 cas d'ostéomyélite, nous avons reçu 68 rhumatismes articulaires aigus. Cela souligne la nécessité dans un cas présumé de maladie de Bouillaud de toujours vérifier la douleur provoquée des mouvements articulaires et de rechercher attentivement l'absence de tout point douloureux osseux.

La notion de fréquence n'explique pas, par contre, la confusion avec la poliomyélite, nous en avons seulement observé 15 cas. Mais il existe certainement ici un facteur psychologique.

Le grand public redoute bien souvent la poliomyélite, il ignore l'ostéomyélite. Les craintes de la famille retentissent facilement sur l'état d'esprit du médecin traitant ou de l'Interne de Garde, qui s'en voudrait beaucoup, à juste raison, de laisser passer un tel diagnostic.

Aussi, devant toute importence fonctionnelle, une palpation très minutieuse s'efforcera, surtout chez le nourrisson, de rechercher des points douloureux osseux.

Ainsi seule la palpation minutieuse permet cliniquement le diagnostic d'urgence, car les résultats donnés par l'interrogatoire et les examens biologiques faits d'urgence n'ont qu'une valeur d'orientation en dehors naturellement de l'hémoculture dont la réponse demande un certain délai.

La notion de porte d'entrée (1) est importante lorsqu'elle existe. Mais c'est un fait assez rare : nous ne l'avons retrouvé que 3 fois.

Une fois, l'enfant avait présenté un traumatisme récent et précis.

On prétend fréquemment que la vitesse de sédimentation et la fibrinémie ne permettent pas d'éliminer le Bouillaud.

Madame le Docteur Simonin Soulé (2), dans sa Thèse de Doctorat sur la Vitesse de Sédimentation dans l'ostéomyélite conclut ceci : "La V.S. a une valeur diagnostic certaine.

"Son augmentation est un argument diagnostic sensible (de l'ordre de 86 mm pour la première heure), précis, fidèle.

Elle peut facilement résoudre les problèmes diagnostics parfois posés par des tableaux cliniquement voisins et certaines lésions traumatiques.

Par contre, elle peut constituer un facteur de confusion supplémentaire entre le diagnostic d'ostéomyélite et de rhumatisme articulaire aigu.

---

(1) C.F. Bibliographie n° 2.

(2) C.F. Bibliographie n° 14.

L'élévation du chiffre initial de la vitesse de sédimentation dans l'ostéomyélite aiguë permet de prévoir avec une certaine approximation la sévérité de la forme et la durée de son évolution".

Ces notions ne se sont pas entièrement vérifiées ici, car si la vitesse de sédimentation est toujours accélérée au début, elle n'est que 2 fois supérieure à 80 mm à la première heure dans les 6 cas où elle fut pratiquée à l'entrée; deux fois elle est inférieure à 50 mm. Elle peut donc fréquemment être un élément non négligeable de discrimination avec le Bouillaud.

Par contre la fibrinémie s'est montrée très accélérée 5 fois sur 6.

Fait curieux, c'est dans la forme la plus évolutive avec vitesse de sédimentation à 91-122 mm qu'elle n'était qu'à 2 g 70.

Il semble, par contre, bien exact qu'une vitesse de sédimentation très accélérée au début soit en faveur de la sévérite de la forme et de la durée de l'évolution.

L'hyperleucocytose avec polynucléose existe toujours mais son importance est variable, 4 fois nous l'avons trouvée supérieure à 20,000.

Ainsi, vitesse de sédimentation fibrinémie, numération devront être pratiquées d'urgence.

Elles possèdent une valeur d'orientation certaine et permettront ensuite de suivre l'évolution.

L'hémoculture est un temps absolument capital : on la pratiquera toujours d'urgence, si possible avant l'institution des antibiotiques. Nous avons utilisé ici le milieu de Vinzent sur gélose demi-molle.

Outre son énorme valeur diagnostique, elle permet d'établir l'antibiogramme.

Nous l'avons trouvé 7 fois positive dont 6 fois au staphylocoque doré; une fois au staphylocoque blanc pathogène. Elle a été négative 2 fois et n'a pas été pratiquée une fois.

La radiographie est le deuxième temps capital et on devra également la pratiquer d'urgence.

Elle précise :

1.- L'intégrité osseuse; elle élimine en particulier les lésions traumatiques.

2.- Elle est un point de comparaison indispensable pour la suite, elle permet en particulier de déceler ultérieurement le classique décollement périosté dès son apparition.

3.- Surtout la lecture du cliché radiologique pratiquée dès l'entrée nous a permis de retrouver 4 fois un signe auquel nous attribuons une haute importance pour le diagnostic précoce de l'ostéomyélite : l'oédème des parties molles. On devra s'aider pour l'affirmer d'un cliché comparatif avec le côté sain.

Il s'agit d'une densification légère des masses musculaires et du tissu cellulaire sous-cutané, circonscrivant la zone suspecte avec augmentation de volume, visible sur le cliché de face comme sur le cliché de profil.

Sa valeur est surtout capitale dans les localisations où les masses musculaires ne sont pas trop épaisses.

Il n'y a guère de confusion possible avec les myosites que l'on peut rencontrer au cours des septicémies à staphylocoque et qui donnent des images radiologiques beaucoup plus importantes.

Ainsi, 2 signes essentiels permettent de porter ou de suspecter le diagnostic d'ostéomyélite dans les premières heures.

La douleur provoquée à la palpation, temps que l'on devra toujours pratiquer devant tout syndrome septicémique, toute suspicion de rhumatisme articulaire ou de poliomyélite.

L'oédème des parties molles visible très fréquemment à la radiographie pratiquée dès le début.

CONDUITE THERAPEUTIQUE

A L'ENTREE.-

L'antibiothérapie doit être instituée de façon immédiate et à doses énergiques.

La Pénicilline (1) reste encore l'antibiotique de base que l'on emploiera de façon massive dès le début.

Les doses de 2 à 6 millions d'unités que nous avons utilisées pourraient même être augmentées sans inconvénient.

L'association Pénicilline - Streptomycine a été utilisée 5 fois sur 10 (dont une fois associée à l'Erythromycine).

L'Erythromycine a été utisée seule 2 fois, et 2 fois en association.

Enfin, la Tifomycine a été employée 2 fois en association avec la Pénicilline.

La Pénicilline et l'Erythromycine semblent les 2 antibiotiques possèdant le maximum d'efficacité dans les staphylococcémies.

L'impératif de frapper fort immédiatement doit faire rechercher d'emblée le maximum d'efficacité, c'est-à-dire utiliser l'association la plus énergique en les employant en même temps.

C'est le même principe qui nous a conduit à adjoindre dès le début l'hormonothérapie, une fois sous forme d'hydro-cortisone, 8 fois sous forme de Δ cortisone.

---

(1) C.F. Bibliographie n°4.

Certes, dans l'observation 1, nous avons obtenu un beau succès avec l'Erythromycine seule utilisée aux doses habituelles durant cinq semaines. Mais cette pratique ne peut être généralisée car elle est risquée.

Ainsi toute présomption solidement étayée d'ostéomyélite doit nous conduire à instituer d'emblée une association Pénicilline, Erythromycine, Δ Cortisone à doses énergiques.

L'hémoculture que l'on aura pratiquée avant la mise en route du traitement permettra si elle est positive de donner les résultats de l'antibiogramme (1) et de modifier éventuellement le traitement.

Cette modification devra être prudente car il n'est pas exceptionnel de constatater des divergences entre l'activité des antibiotiques "in vivo" et "in vitro".

Certes, dans une ostéomyélite qui, après plusieurs jours de traitement verra persister fièvre et signes fonctionnels, les résultats de l'antibiogramme permettront de renforcer efficacement le traitement, voir de le modifier complètement.

Mais la forme qui aura bien réagit a l'association empirique du début ne devra pas voir son traitement modifié, mais parfois renforcé seulement par l'antibiotique de choix s'il n'est pas encore utilisé.

Ainsi dans les observations VI et IX, le traitement, bien que n'étant pas tout à fait conforme à l'antibiogramme, n'a pas été modifié en raison de l'évolution clinique favorable.

---

(1) C.F. Bibliographie n° 15.

Dans l'observation VIII, nous nous sommes contentés d'ajouter l'Erythromycine au traitement primitif.

Par contre, dans les observations IV et X, l'antibiogramme nous a été d'un grand secours en raison de la persistance des signes cliniques et des complications.

Il était ici capital de connaître l'antibiotique de choix.

L'on doit toutefois regretter que nous ne nous soyons pas efforcer plus souvent de mettre en évidence le staphylocoque en cause par d'autres moyens que l'hémoculture lorsque celle-ci était négative. De même, lorsque nous avons pu isoler le germe, une étude plus poussée de sa variété aurait dû être faite.

Le Docteur J. PILLET (1) a récemment pratiqué une étude très approfondie sur le staphylocoque. L'auteur a résussi à isolé 201 souches qui ont énsuite été testées par deux séries d'épreuve, les unes classiques et servant à déterminer le pouvoir pathogène, les autres encore peu employées et ayant pour but l'individualisation relativement précise de chacune des souches isolées.

Les premiers de ces tests sont bien connus. Ce sont l'étude de la fermentation du Mannitol, de la production de coagulase et des hémolysines α et β .

Les tests d'individualisation qui sont l'oeuvre original de l'auteur comprennent la recherche du type sérologique et celle de la sensibilité aux bactériophages spécifiques.

Chaque type de staphylocoque présente une sensibilité différente aux divers antibiotiques d'où l'intérêt pratique de cette individualisation.

---

(1) C.F. Bibliographie n° 15 et 16.

L'ABSENCE D'IMMOBILISATION PLATREE.-

L'impotence fonctionnelle spontanée du début de la maladie, l'apparition d'une amyotrophie importante après quelques jours d'immobilisation plâtrée nous ont fait remettre en question l'utilisation systématique du plâtre dans ces affections et nous avons décidé de ne pas y avoir recours.

Le plâtre constituait autrefois l'unique traitement du stade initial de l'ostéomyélite.

Actuellement son efficacité nous paraît tellement minime en face de celle de l'antibiothérapie d'urgence que nous avons renoncé à l'utiliser, qu'il s'agisse d'une ostéomyélite simple ou d'une ostéoarthrite.

Les avantages en sont sensibles, car outre la simplification technique, cette abstention nous a permis de suivre plus facilement les phénomènes locaux et surtout d'éviter les troubles trophiques.

Durant la phase aigüe, la douleur du moindre mouvement impose d'elle même le repos absolu. Par la suite, le simple repos au lit nous semble suffisant et évite l'amyotrophie : on sait en effet, la rapidité avec laquelle fond un quadriceps.

Nous reconnaissons naturellement que 10 observations, même sans échec n'ont pas une valeur d'expérimentation suffisante et seuls des Services travaillant à une échelle plus vaste pourraient donner sur cette question un avis plus fondé et faire école.

Toutefois un point reste acquis : l'immobilisation plâtrée a perdu sont intérêt de jadis.

Un traitement médical correctement établi au tout début nous semble maintenant le seul temp capital.

En nous abstenant du plâtre, nous nous privons peut-être d'une arme supplémentaire pour faire avorter l'ostéomyélite, mais pourquoi nous en embarrasser, si le traitement médical est suffisant ?

Si maintenant, le traitement médical est instauré trop tardivement et de façon insuffisante, il ne semble pas que l'immobilisation plâtrée permette alors d'obtenir les résultats espérés.

Ainsi, semblent en témoigner 2 observations (1) publiés en 1956 par P. LOMBARD, concernant l'échec de la pénicillothérapie avec immobilisation plâtrée sur 2 ostéomyélites avec arthrite associés : celles-ci n'ont pu être traitées dès le début, d'où passage à la chronicité nécessitant une intervention avec greffes massives pour obtenir enfin la guérison.

AU COURS de l'EVOLUTION :

La poursuite du traitement sera fonction des examens complémentaires pratiqués régulièrement.

Nous avons déjà vu l'importance de l'hémoculture et sa gravité pronostique si elle reste positive sous le traitement.

La vitesse de sédimentation sera pratiquée régulièrement tous les 8 à 10 jours : elle est un excellent guide thérapeutique, en permettant de vérifier l'efficacité du traitement, de déceler d'éventuelles rechutes. La vitesse de sédimentation qui s'accélère est un test de rechute, mais une vitesse de sédimentation normale n'est pas un test de guérison.

Les clichés radiologiques seront répétés tous les 12 à 15 jours.

Souvent, ils ne montreront aucune modification.

Ils permettent de déceler le décollement périosté qui confirme le diagnostic s'il existe, et éventuellement l'apparition d'un abcès sous-périosté, d'un séquestre.

---

(1) Afrique Française chirurgicale n° 3 p. 155 et n° 5 p. 365
C.F. Bibliographie n° 9-10-11.

TRAITEMENT des ABCES :

Nous avons observé 4 fois (observations III, IV, V, X) des abcès. Nous les avons traité 3 fois par ponction évacuatrice (2) et injection locale d'antibiotiques. Jamais nous n'avons eu besoin de les inciser.

DUREE du TRAITEMENT :

Comme dans toutes les septicémies nous avons toujours observé la règle de prolonger le traitement un mois au minimum après la chute définitive de la température à 37°, soit en moyenne 5 à 7 semaines de traitement.

Toutefois, si l'évolution clinique est tout à fait favorable l'on pourra envisager des modifications de technique en remplaçant par exemple la Pénicilline intraveineuse à haute dose par la Pénicilline associée au Bémemide.

La baisse des doses d'attaque après 8 à 15 jours que nous avons quelquefois pratiquée nous paraît très dangereuse et ne saurait être envisagée qu'avec la plus grande prudence.

La guérison sera appréciée par la clinique et le laboratoire.

- Fièvre, douleur, troubles fonctionnels doivent avoir totalement disparu.

- La vitesse de sédimentation doit être redevenue normale.

- Enfin, s'il existe des stigmates radiologiques, elles doivent rester identiques aux clichés successifs.

Pratiquement, il n'y a pas de test définitif de guérison.

---

(2) C.F. Bibliographie n° 3

Tout semblant normal par ailleurs, il nous paraît raisonnable de suivre ici le critère utilisé par le Docteur LAPORTE dans la maladie d'Osler "Un mois d'apyrexie complète", ce qui n'est pas facile en pédiatrie : les enfants s'agitent souvent, ce qui peut faire varier leur température de quelques dixièmes de degré.

ANTIBIOTHERAPIE dans les OSTEOMYELITES EVOLUANT VERS la CHRONICITE AVEC SEQUESTRE

Bien que ceci sorte de notre étude, il nous semble intéressant de rappeler à la fin de ce chapitre les résultats intéressants, concernant 3 observations d'ostéomyélites mandibulaires publiées en 1954.

La première par M. LAMBERT, les 2 autres par FRIEZ, CORBEIL et RENARD (1)

Il s'agit de 3 cas ayant évolué vers la chronicité avec séquestre.

Un traitement antibiotique prolongé plusieurs mois a permis d'observer la disparition progressive du séquestre et la reconstitution osseuse.

Les auteurs condamnent toute intervention chirurgicale brutale, s'il existe un séquestre il faut savoir attendre qu'il se livre de lui-même.

Les images radiologiques de séquestration ou de raréfaction osseuse se modifient de façon très particulière sous l'influence du traitement.

Quand les images classiques de séquestration existent, des séquestres, au lieu de s'éliminer, semblent parfois se comporter comme de véritables greffons, utilisés à nouveau par les processus de réparation osseuse. Enfin, il est fréquent d'assister à des phénomènes de condensation osseuse, avec augmentation importante du volume de l'os; ce dernier fait, surtout fréquent chez l'enfant rappelle l'évolution connue depuis longtemps des ostéomyélites hyperostosantes.

---

(1) Revue de Stomatologie. Paris 1954 n° 2-3 pp. 157-163 - n° 7 p.460 Bibliographie n° 5-6.

Les auteurs font tout de même une légère restriction sur le pronostic lointain : "l'avenir dira s'il n'y a pas lieu de craindre dans ces cas des récidives à lointaine échéance sous l'influence du germe mis en sommeil par les antibiotiques et susceptible de récupérer sa virulence beaucoup plus tard".

Les succès antibiotiques dans ces formes chroniques doivent nous inciter davantage à retarder les interventions dans les ostéomyélites aiguës.

C O N C L U S I O N S

Nous venons de présenter dix observations d'ostéomyélites et d'ostéoarthrites infantiles aiguës traitées avec succès par les antibiotiques institués très précocement, sans avoir recours a l'immobilisation plâtrée.

Nous insistons particulièrement sur la nécessité absolue du diagnostic d'urgence.

Trop souvent des confusions sont faites au départ, en particulier avec 2 affections : le rhumatisme articulaire aigu, lorsque l'élément douloureux est important, la poliomyélite lorsque c'est l'impotence qui domine.

Il apparaît donc indispensable devant tout tableau septicémique, ou avant de porter le diagnostic de l'une ou l'autre de ces affections, de rechercher les éléments majeurs qui permettent de suspecter l'ostéomyélite au début.

Ces éléments majeurs du diagnostic précoce sont :

- les renseignements fournis par la palpation minutieuse qui précise l'intégrité articulaire en cas d'ostéomyélite, un blocage de l'articulation en cas d'ostéoarthrite.

Surtout les points douloureux de part en part qui ne peuvent être expliqués que par une atteinte du fût osseux lui-même.

- la radiographie qui vérifie l'intégrité osseuse et permet de retrouver fréquemment un signe auquel nous attribuons une aute importance : l'oédème des parties molles.

L'hémoculture que l'on aura pratiquée avant la mise en route du traitement viendra confirmer le diagnostic dans 60% des cas.

La vitesse de sédimentation, la fibrinémie, l'hémogramme ont une valeur d'orientation et un intérêt pronostic.

On devra pratiquer également ces examens à l'entrée.

Que l'examen montre des signe de certitude ou des signes de présomption solides, un traitement énergique devra être institué d'urgence.

Les antibiotiques qui nous ont semblé posséder le maximum d'efficacité sont la Pénicilline et l'Erythromycine.

Il paraît donc indiqué de les employer tous deux au début en association avec la Delta Cortisone : les résultats de l'antibiogramme obtenus après quelques jours, si l'hémoculture est positive, permettront éventuellement des modifications utiles.

Le traitement sera toujours poursuivi un mois au minimum, après la chute de la température et davantage s'il existe des complications.

Nous avons ainsi pu éviter l'immobilisation plâtrée, qu'il s'agisse d'ostéomyélites simples ou d'ostéoarthrites staphylococciques; ces deux affections, comportent, à notre avis, les mêmes indications thérapeutiques.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de PARIS :

J. SARRAILH

Le Doyen de la Faculté de Médecine :

L. B I N E T

Le Président de la Thèse :

R. T U R P I N

B I B L I O G R A P H I E

1.- BERNARD - MAESTRACCI - RAYBAUD

Ostéomyélite à foyers multiples avec périostite engainante chez un nourrisson.

PEDIATRIE Lyon 10 N° 6.

2.- BRANTHOMME Jean Marc Henry

Contribution à l'étude de l'ostéomyélite hématogène des os de la voûte du crâne. A propos de deux observations.

THESE Paris, Faculté de Médecine 1954 N° 278.

3.- DEGENAUS - PERUSSE Paul - VALLEE

Ostéomyélite chez un enfant de 13 jours.

L'Union Médicale du Canada Montréal 1954 83 N° 1 Janvier.

4.- CHIGOT P.L.

Les staphylococcies osseuses.

Les Assises de Médecine Paris 1955 - 13 N°2 Mars.

5.- FRIEZ - CORBEIL - RENARD

A propos de deux cas d'ostéomyélites mandibulaires chez l'enfant.

Revue de Stomatologie Paris 1954-55 N° 7 Juillet.

6.- LAMBERT M.

Ostéomyélites traitées par les antibiotiques.

Revue de Stomatologie Paris 1954 N° 2-3 Février-Mars.

7.- LAURENCE G.

Le diagnostic clinique d'une ostéomyélite.

Revue du praticien Tome 111 N° 22 1er Septembre 1953.

8.- LAURENCE G.

Ostéomyélite.

Pratique Médico-chirurgicale Masson Paris.

9.- LOMBARD Pierre

L'absence de régénération osseuse après les diaphysectomies, pour ostéomyélites traitées par la Pénicilline.

Résultats éloignés des greffes massives.

L'Afrique française chirurgicale Alger 1954 N° 12.

Supplément de l'Algérie Médicale 954 N° 10.

10.- LOMBARD P.

Une forme torpide et lytique d'ostéomyélite aiguë traitée par la Pénicilline.

Afrique Française chirurgicale Alger 1956 - 14 n°3.

11.- LOMBARD P. - FRAILONG J.

Echec de la pénicillothérapie dans l'ostéomyélite aiguë du tibia, nécrose diaphysaire massive, absence de régénération périostique.

Greffe massive, guérison.

Afrique française chirurgicale Alger 1956 - 14 N° 5.

12.- LOEWE - LYON - SAUVEGRAIN J. - DUHAMEL B.

Pneumopathie bulleuse associée à une ostéomyélite costale chez un nourrisson de 7 semaines.

Archives françaises de pédiatrie. Paris 1954 11.

13.- DESEZE S. - RYCKEWAERT A.

Maladies des os et des articulations.

Flammarion Paris.

14.- SIMONIN - SOULE

La vitesse de sédimentation dans les ostéomyélites.

THESE Paris 1957.

15.- R. TURPIN - J. PILLET - M^me J. PILLET

Individualisation de 200 souches de staphylocoques prélevées sur des nourrissons atteints ou non de maladie staphylococcique.

Archives françaises de Pédiatrie - Tome X n° 9 1953.

16.- R. TURPIN - J. PILLET - J. CAMELS - M^me J. PILLET

Recherche sur l'individualisation des staphylocoques.

Application à l'étude de l'Endémie staphylococcique.

Semaine des Hôpitaux de Paris 29° année N° 75 1953.

17.- WOLMAN B.

Acute ostéomyélite in infancy.

Acta Paédriatrica UppSala 1956 45 N° 6 November.